CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO
POR EL TERMINO QUE DURE LA REALIZACION DE LA OBRA O LABOR CONTRATADA

EMPRESA DE SERVICIOS	**LABORANDO S.A.S. – Nit 800.229.163-9**
REPRESENTADA POR	**SANDY ROCIO CAUSIL RODRIGUEZ**
DOMICILIO PRINCIPAL	**Calle 29 N° 18-83 Piso 2 Barrio San José**
NOMBRE DEL TRABAJADOR	**JONATHAN LOVIS ABREU MENDOZA**
IDENTIFICACIÓN	**PPT 5119392**
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	**VENEZOLANO**
DOMICILIO DEL TRABAJADOR	**CARRERA 5 MZ 10 LA PISTA**
TELEFONO DE CONTACTO	**3028295363**
CORREO ELECTRÓNICO PARA NOTIFICACIONES	**JONATHANAOLIVIS@GMAIL.COM**
LUGAR DONDE HA SIDO CONTRATADO	**MAICAO**
EMPRESA USUARIA A LA CUAL ES REMITIDO EL TRABAJADOR	**MUNICIPIO DE MAICAO- LA GUAJIRA**
CARGO PARA EL CUAL HA SIDO CONTRATADO	**SERVICIO GENERAL**
FECHA DE INICIO DE CONTRATO	**04/04/2026**
SALARIO	**$1.750.905 (Un millón setecientos cincuenta mil novecientos cinco pesos)**
PERIODO DE PAGO	**MENSUAL**
JORNADA	**MAXIMA LEGAL**
CATEGORIA DEL TRABAJADOR	**TRABAJADOR EN MISION**

OBJETO: En virtud del contrato de Prestación de Servicios celebrado entre **LABORANDO S.A.S** y **MUNICIPIO DE MAICAO- LA GUAJIRA** se contrata al trabajador en misión para que colabore temporalmente en las actividades que ejecuta LA USUARIA, relacionadas con el objeto contractual, en calidad de trabajador en misión.

Las partes identificadas como ha quedado establecido anteriormente, hemos convenido en celebrar en los términos del Art. 39 del C.S.T., y Arts. 71, 74, 75, 76 a 78 y normas concordantes de la Ley 50 de l.990, el presente contrato que se estipula y rige por las siguientes cláusulas:

PRIMERA, OBLIGACIONES DEL TRABAJADOR: EL TRABAJADOR compromete su capacidad de trabajo a favor de EL EMPLEADOR, de manera eficiente y necesaria para desempeñar el oficio anteriormente determinado, y en las labores anexas y complementarias del mismo de conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta aquella, la **USUARIA** o sus representantes obligándose en forma especial:

a) Cumplir el contrato de manera cuidadosa y diligente en el lugar, tiempo y condiciones que la **EMPLEADORA** le señale y de acuerdo con los horarios que le fije y conforme a las necesidades del servicio.
b) Observar rigurosamente la disciplina interna establecida por la **EMPRESA** o por las personas autorizadas por ésta.
c) Guardar reserva de todo lo que llegue a su conocimiento por razón de su oficio y cuya comunicación pudiera causar perjuicio, o a las y a las entidades en cuyos establecimientos trabaje.
d) No atender durante las horas de trabajo asuntos u ocupaciones distintas a los fijados por la **EMPLEADORA** o las personas autorizadas por ésta y relacionadas con el objeto del presente contrato.
e) Cuidar y manejar con esmero y atención las máquinas, herramientas, utensilios, materias primas, productos en proceso o terminados, instalaciones y demás bienes del establecimiento donde preste sus servicios y evitar todo daño o pérdida que cause perjuicios a la persona natural o jurídica.
f) Obtener el reporte de tiempo trabajado y entregarlo en las oficinas de la **EMPLEADORA** a más tardar el lunes siguiente de cada semana de trabajada.
g) Acatar los reglamentos de la **EMPLEADORA.**
h) Aceptar los traslados de lugar de trabajo que se determine por la empresa **EMPLEADORA,** siempre y cuando no se modifique la obra o labor.
i) Acatar las normas sobre Salud Ocupacional.
j) Cumplir con las demás obligaciones legales y reglamentarias.
k) Reportar dentro de las 24 horas siguientes, cualquier accidente de trabajo que sufra en ejercicio de sus labores.

SEGUNDA. DURACION DEL CONTRATO-PERIODO DE PRUEBA: El presente contrato durará el tiempo estrictamente necesario para la realización de la obra o labor consignada expresamente en la primera parte del presente documento y en virtud del contrato de suministro de personal suscrito entre LABORANDO S.A.S. y la empresa usuaria

En consecuencia éste contrato terminará, por causa legal en el momento en que comunique la **EMPLEADORA** la finalización de la Obra o Labor para la cual fue contratado el **TRABAJADOR** sin preaviso, indemnización o autorización alguna en los términos del artículo 5, literal d) de la Ley 50 de l.990.

De igual manera las partes acogiéndose a lo previsto en el artículo 7 de la Ley 50 de l.990, acuerdan que los primeros dos (2) meses de duración son períodos de prueba, lapso durante el cual, cualquiera de ellas puede darlo por terminado sin derecho a indemnización alguna.

TERCERA. TRABAJO EXTRAORDINARIO: Todo trabajo suplementario o en horas extras y en día domingo o festivo, en los que legalmente debe concederse descanso mientras no sea labor según la Ley debe ejecutarse así, debe autorizarlo una de las personas que dirija el establecimiento donde el **TRABAJADOR** presta sus servicios mediante la inclusión en el respectivo reporte de tiempo de trabajo autorizado por las personas con facultad para ello en el respectivo establecimiento. LABORANDO S.A.S. no reconocerá ningún trabajo suplementario o de horas extras, o ejecutado en días festivos en los que deba concederse descanso obligatorio al TRABAJADOR, si éste no ha sido autorizado expresamente y por escrito por parte del USUARIO.

CUARTA. JORNADA DE TRABAJO: El **TRABAJADOR** se obliga a laborar la jornada máxima legal en los turnos y dentro de las horas señaladas por la **EMPRESA USUARIA**, sin que exista una jornada preestablecida; de acuerdo a lo estipulado en las jornadas flexibles y trabajos por turnos establecida en los artículos 161 y 165 del C.S.T.

QUINTA. SALARIO: EL EMPLEADOR pagará al TRABAJADOR por la prestación de sus servicios una remuneración mensual en dinero, equivalente a la suma indicada en el encabezamiento de éste contrato. **PARAGRAFO PRIMERO: LA EMPRESA** no suministra ninguna clase de salario en especie. **PARAGRAFO SEGUNDO**. Convienen las partes, que **EL EMPLEADOR** efectuará el pago de los salarios al **TRABAJADOR**, en la cuenta de ahorros personal que para tal fin

éste tenga a su nombre en una entidad bancaria legalmente constituida, para lo cual, el **TRABAJADOR** autoriza de manera expresa a **EL EMPLEADOR**, para que se abonen, en los períodos de pago respectivos, sus salarios y demás acreencias laborales. Así mismo autoriza de manera expresa el **TRABAJADOR** a **EL EMPLEADOR**, para que a la finalización de su contrato de trabajo, **EL EMPLEADOR** consigne en la misma cuenta personal, los valores correspondientes a liquidación definitiva de prestaciones sociales tales como cesantías, intereses de cesantías, vacaciones, primas y todos aquellos haberes que le adeude la empresa y que se deriven de su relación laboral, lo cual no impide que el **TRABAJADOR** pueda efectuar las reclamaciones o pedir las aclaraciones que considere pertinentes

SEXTA. EXCLUSION SALARIAL: Acuerdan la **EMPLEADORA** y el **TRABAJADOR** que para los efectos del presente contrato no constituyen salario, los valores a que hace referencia el artículo 15 de la Ley 50 de l.990 y además, por así convenirlo las partes los beneficios o auxilios habituales u ocasionales en dinero o en especie otorgados en forma extralegal por la **EMPLEADORA**, tales como: Alimentación, habitación o vestuario, primas extralegales de vacaciones, de servicios, de instalación, apoyo por rodamiento.

PARAGRAFO. De igual manera convienen las partes que tampoco constituyen salario las bonificaciones, auxilios de alimentación, habitación, transporte o cualquier otro valor que le sea otorgado, a cualquier título al trabajador y durante la vigencia del presente contrato, habida consideración que éstas en ningún momento constituyen retribución por servicios, pues la única **EMPLEADORA** del **TRABAJADOR.** Así mismo, las partes acuerdan que por tratarse de auxilios o ayudas extralegales, en caso de que se llegaren a conceder, EL EMPLEADOR se reserva la facultad de modificarlo o suprimirlo cuando así lo estime conveniente sin que aquello implique una desmejora en las condiciones laborales de EL TRABAJADOR ya que su reconocimiento se hace por mera liberalidad.

SÉPTIMA: **JUSTAS CAUSAS PARA DAR POR TERMINADO EL CONTRATO DE TRABAJO**: Además de las justas causas de terminación previstas en la Ley, en los Reglamentos Internos de Trabajo y Seguridad de la **EMPLEADORA** y en las demás normas convencionales que rigen éste contrato, el mismo podrá terminar por una de las siguientes faltas que para tal efecto se califican como tales:

a) Por violación a cualquiera de las estipulaciones del presente contrato.
b) Por todo acto de violencia, injuria o malos tratamientos en que incurra el **TRABAJADOR** fuera del servicio contra sus compañeros de trabajo.
c) Por incurrir en cualquier negligencia que ponga en peligro su seguridad y la de las demás personas, máquinas, materias primas y todos los objetos relacionados con la labor que se compromete a ejecutar el **TRABAJADOR.**
d) Por encontrar en poder del **TRABAJADOR** o en lugar destinado a guardar sus elementos de trabajo, sin autorización alguna, herramientas, materias primas, objetos de producción y demás elementos que no le pertenecen.
e) Por ordenar, incitar, realizar o participar en cualquier cese ilegal de trabajo.
f) Por la ejecución a favor de personas diferentes a la **EMPLEADORA** de cualquier labor dentro del lugar y en horas de trabajo o ejecutar fuera de dichas labores, otras que afecten su capacidad de trabajo.
g) Por ausentarse del trabajo sin el permiso de sus superiores o sin causa justificada a juicio de la **EMPLEADORA**.
h) Por dormirse en horas y sitios de trabajo.
i) Por la revelación de secretos, fórmulas, sistemas, procedimientos y demás datos reservados de la **EMPLEADORA**, o la **USUARIA**, aún por la primera vez.
j) Solicitar dádivas, o préstamos de dinero a los usuarios del servicio o compañeros de labor.
k) Todo acto inmoral o delictuoso que cometa el **TRABAJADOR** contra la empresa Usuaria o sus trabajadores.
l) La alteración, modificación, ocultamiento o simulación de los informes de trabajo reportados por el usuario o sus representantes.
m) La omisión de presentación por parte del **TRABAJADOR** del reporte de novedades o informe de trabajo elaborado o enviado por el usuario dentro de las 24 horas siguientes a la elaboración de dichos reportes.
n) El incumplimiento por parte del **TRABAJADOR** de las instrucciones o indicaciones que le impartan el usuario o sus representantes para la ejecución de las labores ejecutadas al servicio de éste.
o) Por dejar de marcar su tarjeta de control, timbrar la de otro trabajador o sustituir a éste en cualquier forma irregular y sin autorización previa.
p) Por la no utilización por parte del **TRABAJADOR** del equipo de seguridad y elementos de trabajo asignados o suministrados por la **EMPLEADORA** o la **USUARIA** que ponga en peligro su integridad, o la de sus compañeros.
q) Por abandonar el sitio de trabajo, sin permiso de las personas que tienen a su cargo la disciplina del establecimiento.
r) Por la no asistencia a una sesión completa de la jornada de trabajo, sin excusa suficiente a juicio de la **EMPLEADORA.**
s) Por la pugnidad, desavenencia o falta de entendimiento del **TRABAJADOR** con alguna de las personas que laboran en el mismo establecimiento y que a juicio de los directivos del mismo, pueda lesionar la marcha armónica de las labores.
t) Por no aceptar las asignaciones de trabajo a la empresa dentro del objeto del contrato.
u) Retirar de las oficinas o archivos documentos o elementos o dar a conocer cualquier documento, sin autorización expresa para ello.

OCTAVA. PARTES EN LA RELACION LABORAL: El **TRABAJADOR** acepta y reconoce que la relación laboral emanada de los servicios a que se refiere el presente contrato solo existe entre él como **TRABAJADOR** y la empresa **LABORANDO S.A.S**, y por consiguiente todas las obligaciones que surjan o tengan relación con la prestación de los servicios personales del **TRABAJADOR** estará a cargo de ésta empresa.

NOVENA. TERMINACION INTEMPESTIVA DEL CONTRATO DE TRABAJO POR PARTE DEL TRABAJADOR: Para todos los efectos legales en los términos del Art. 6 de la Ley 50 de 1.990, se considera terminación intempestiva del contrato de trabajo por parte del **TRABAJADOR**, la falta de éste al trabajo por dos (2) o más días laborales sin permiso o sin justa causa comprobada a juicio de la Empresa, caso en el cual la **EMPLEADORA** solamente se limitará a aceptar dicha terminación y efectuar el descuento de la indemnización autorizada por la citada norma y a cargo del **TRABAJADOR.**

PARAGRAFO: De igual manera el contrato de trabajo termina por mandato legal, en los términos del Art. 5º, literal i) de la Ley 50 de 1.990, cuando el **TRABAJADOR** no regrese a su labor al desaparecer la causa de suspensión del contrato

DÉCIMA: AUTORIZO REALIZAR LOS SIGUIENTES DESCUENTOS: Por el mal manejo de materiales, útiles, instrumentos, equipos, herramientas de trabajo, o restitución de lo dañado, perdido, robado, en el mismo estado que fue entregado; por sanciones impuestas a la empresa USUARIA, por la culpa o con ocasión de sus actividades, por daños a terceros o edificaciones, ocasionados en el desarrollo del contrato.

DÉCIMA PRIMERA: NOTIFICACIONES: EL TRABAJADOR manifiesta de manera expresa que acepta que EL EMPLEADOR le envíe información y notificaciones relacionadas con su contrato de trabajo y con los asuntos de la empresa, a la siguiente dirección electrónica: _____ y/o al teléfono celular N° _____. Esta aceptación incluye el envío de documentos tales como comprobantes de pago de salarios, prestaciones sociales, vacaciones, liquidación definitiva, certificados laborales, memorandos, consignas y cualquier tipo de mensaje relacionado con sus labores o con el contrato de trabajo. EL TRABAJADOR se obliga a que en caso de cambiar o modificar la dirección electrónica o el número de teléfono, lo reportará a la empresa de manera inmediata. En tanto EL TRABAJADOR no reporte ninguna modificación o cambio en la información para sus notificaciones, se entenderá que las consignadas en éste contrato, se encuentran vigentes.

DECIMA SEGUNDA: AUTORIZACION DE USO DE DATOS PERSONALES: EL TRABAJADOR manifiesta que Autoriza por el presente documento y otorga pleno consentimiento previo, expreso e informado para que los datos personales ingresados, que pueden incluir entre otros, datos de carácter sensible como información médica y datos biométricos, sean recolectados, almacenados, usados, procesados, transferidos y/o transmitidos, a nivel nacional e internacional, por parte de LABORANDO S.A.S. o quien éste determine. A su turno, declara que entiende, acepta y reconoce que ha sido informado por LABORANDO del carácter facultativo de la entrega de datos personales de carácter sensible.

Estas actividades se realizarán con el propósito de enviar información sobre los productos, servicios comercializados por LABORANDO novedades, noticias y promociones propias y de terceros; enviar información sobre programas propios y de terceros; los cuales se podrán referir pero sin limitarse a, ofertas, estudios de los productos y servicios, boletines informativos, etc...

Además, la información personal suministrada podrá ser utilizada para precisar, analizar y optimizar los productos y servicios existentes y futuros, propios y de terceros; reportar información sobre riesgos crediticios y el control y prevención del lavado de activos; realizar actividades de archivo, actualización, almacenamiento y procesamiento de información, sea por medio de LABORANDO o a través de terceros con quienes se contrate a tal efecto, y promocionar y mercadear productos y servicios nuevos y existentes, propios y de terceros.

Para conocer más sobre los derechos que le asisten, las formas para ejercerlos y las finalidades y tipos de tratamiento a los que sus datos personales serán sometidos, EL TRABAJADOR podrá consultar la Política de Tratamiento de la Información de LABORANDO, disponible en las oficinas o sucursales de la misma. Para este efecto y, para dar cumplimiento a la Ley 1581 de 2012 y al Decreto 1377 de 2013, sobre Protección de Datos Personales, la persona que entrega su información tendrá derecho en cualquier momento a acceder a sus datos personales, a que estos sean rectificados, modificados o a denegar su utilización, dirigiendo una comunicación escrita al correo electrónico laborando@laborando.co; o a las direcciones físicas Calle 29 No. 18 – 83 Piso 2 de la ciudad de Montería, Calle 64 No. 50 – 94 de la ciudad de Barranquilla o a la Carrera 65ª 97 -28 de la ciudad de Bogotá dirigida a Servicio al Cliente de LABORANDO.

DÉCIMA CUARTA. CLÁUSULA DE CONFIDENCIALIDAD: La presente cláusula establece las condiciones, obligaciones y prohibiciones que EL **TRABAJADOR** acepta expresamente con respecto al uso de las redes corporativas, sistemas telemáticos o los elementos y equipos informáticos que le asigne o que pongan a su disposición **EL EMPLEADOR** o sus clientes y no limitados al acceso a la red privada de la empresa, a la red pública de Internet o al uso del buzón y aplicaciones de correo electrónico que le asigne **EL EMPLEADOR**. En cumplimiento de la presente cláusula, el **TRABAJADOR** se compromete: a) A utilizar de manera razonable, eficiente y responsable y solo en horas de trabajo: las redes corporativas, sistemas telemáticos o elementos y equipos informáticos destinados para generar, procesar, enviar, recibir, almacenar, comunicar o reproducir información en forma de mensajes de datos y que ponga a su disposición **EL EMPLEADOR** o que se encuentren en cualquier oficina o dependencia, en la cual EL **TRABAJADOR** desarrolle la actividad contratada, b) El **TRABAJADOR** será responsable exclusivo por el uso indebido, anormal o abusivo de las redes corporativas, sistemas telemáticos o elementos y equipos informáticos que ponga a su disposición **LABORANDO S.A.S.** y que le sean asignados de forma personal o a los cuales tenga acceso en relación con su función, c) El **TRABAJADOR** será responsable exclusivo por el control, custodia y uso irregular, anormal o indebido de cualquier mecanismo de seguridad o acceso que utilice para ingresar, autenticarse e identificarse en el sistema o sistemas de información de **EL EMPLEADOR** o en los sistemas de información de los clientes que EL **TRABAJADOR** atienda o visite en desarrollo de sus funciones, d) El **TRABAJADOR** será responsable exclusivo de cualquier hecho que vulnere la integridad, autenticidad o privacidad de la información o los datos que se encuentren en los sistemas de información de **EL EMPLEADOR** o de sus clientes. e) A través de la dirección de correo electrónico asignada por **EL EMPLEADOR** o cualquier otro medio de comunicación, inclusive direcciones de correo electrónico personales; directa o indirectamente; no enviará, comunicará, almacenará o revelará, datos o información de propiedad de **EL EMPLEADOR** o de su clientes, excepto en desarrollo de la labor contratada y en ningún caso cuando se trate de datos o información que posea el carácter de secreta, reservada, confidencial o privilegiada y de propiedad de **EL EMPLEADOR** o de sus clientes. En virtud de las anteriores disposiciones, el **TRABAJADOR** adquiere los siguientes deberes y obligaciones de confidencialidad: a) Se obliga expresamente a que durante y al finalizar su relación de trabajo con **EL EMPLEADOR** o en cualquier tiempo, a mantener la debida confidencialidad con respecto a cualquier información verbal, escrita, que conste en original o copia, en soporte material o en mensajes de datos, que se le suministre, entre otra la relativa y no limitada a ideas, productos, procesos, propiedad intelectual, know-how, programas de computador, algoritmos, diseños, ilustraciones y planos técnicos, fórmulas, invenciones (patentables y no patentables), listas de productos y servicios, planes de negocios, planes financieros, planes y estrategias de mercadeo y políticas de precios y que sea de propiedad de **EL EMPLEADOR** o de sus clientes, b) A que cualquier uso autorizado que haga de la información de **EL EMPLEADOR** o de su clientes solo será en beneficio de los mismos, c) A no revelar de cualquier forma, directa o indirectamente, durante o posterior a su relación laboral con **EL EMPLEADOR**; los secretos comerciales, la información confidencial, los conocimientos, datos u otra información de propiedad de esta empresa relativa a ideas, productos, procesos, propiedad intelectual, know-how, programas de computador, algoritmos, diseños, ilustraciones y planos técnicos, fórmulas, invenciones-patentables y no patentables-, listas de productos y servicios, planes de negocios, planes financieros, planes y estrategias de mercadeo, políticas de precios y otras materias pertenecientes a **EL EMPLEADOR**.

Sandy Cavi P

EL EMPLEADOR
CC. No.

Jonathan Abril

EL TRABAJADOR 1019392
C.C. No.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 5119392

COL

ABREU MENDOZA
APELLIDOS

JONATHAN LOVIS
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

M
SEXO

20833259
DNI Nro.

24-09-1989
FECHA DE NACIMIENTO

27-05-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISIBLES

FIRMA

E1345250

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Carlos Fernando Galán Manosalva
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL5119392<<4<<<<<<<<<<<<<<<
8909246M3105308VENE1345250<<<8
ABREU<MENDOZA<<JONATHAN<LOVIS<

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 01 Inscripción

4. Número de formulario: 141244890319

(415)7707212489984(8020) 000014124489031 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 0 0 5 4 8 0 6 5	0	Impuestos y Aduanas de Riohacha 2 5	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Permiso por Protección Tempo 4 8	5 1 1 9 3 9 2	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ABREU	MENDOZA	JONATHAN	LOVIS

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	La Guajira 4 4	Maicao 4 3 0

41. Dirección principal: CR 5 MZ 10 CA 1795 BRR DE PAZ LA PISTA

42. Correo electrónico: jonathanalovis@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 2 8 2 9 5 3 6 3	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 1 2 1	2 0 2 6 0 4 0 9						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] | 60. No. de Folios: 2 | 61. Fecha: 2026-04-09 / 11:29:34AM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios a que haya lugar. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012

Firma del solicitante

Jonathan Abreu Mendoza

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada

984. Nombre: VILLADIEGO SALCEDO ANTONIO RAFAEL

985. Cargo: Gestor II

Fecha generación documento PDF: 09-04-2026 11:29:48AM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

PROTEGER EPS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación	Fecha de Radicación (D D M M A A A A)

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliado	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación: X B. Reporte de Novedades	A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia: X Beneficiario o afiliado adicional:	A. Contributivo: X B. Subsidiado:	SI: NO:
	B. Colectivo: C. Institucional: D. De oficio:		

5. Tipo de afiliado/	6. Tipo de cotizante	7. Código (si registra ante la EPS)
A. Cotizante: X B. Cabeza de Familia: C. Beneficiario: D. Afiliado adicional:	A. Dependiente: X B. Independiente: C. Pensionado:	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

8. Apellidos y Nombres			
ABREU	MENDOZA	JHONATAN	LOVIS
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

9. Tipo de documento de identidad	10. N° del documento de identidad	11. Sexo Biológico	12. Sexo Identificación
PPT	5119392	Femenino Masculino: X	F M: X I NB Otro Cual

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento						15. Fecha de nacimiento
VENEZOLANO	País	VENEZUELA	Departamento		Municipio		24/09/1989

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad: SI NO: X	Categoría de discapacidad

19. Tiene encuesta SISBEN: SI NO	20. Clasificación SISBEN: Nivel Grupo	21. Grupo de población especial

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso Base de Cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
AXA COLPATRIA	COLPENSIONES	1.750.905	

26. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
CARRERA 5 MZ 10 LA PISTA		3028295363	JONATHANAOLIVIS@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/ Distrito	Localidad / Comuna	Zona: Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso: X Resto Rural
LA GUAJIRA	MAICAO		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. N°del documento de identidad	30. Sexo Biológico: Femenino Masculino	31. Sexo Identificación: F M I NB Otro Cual	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento: País Departamento Municipio	34. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
81				
82				
83				
84				
85				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo Biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo identificación: F	M	T	NB	OTRO	CUAL	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento
81															
82															
83															
84															
85															

Datos Complementarios

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo poblacional especial	47. Tiene encuesta SISBEN: SI	NO	48. Clasificación SISBEN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: Nivel	Grupo	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI	NO
81													
82													
83													
84													
85													

PROTEGER EPS Regional Sucre RADICADO
Fecha: 23/04/2026
Firma: Yina Banda
Recibió para radicación en oficina propia

	51. Datos de residencia: Departamento	Municipio /Distrito	Zona: Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (si registra ante la EPS)
81								
82								
83								
84								
85								

	Dirección	Localidad /Comuna	Correo Electrónico
81			
82			
83			
84			
85			

Vigilado Supersalud

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud – IPS		54. Código de la IPS (lo registrar por la EPS)
C		
S1		
S2		
S3		
S4		
S5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador pensiones (lo registrar por la EPS)
LABORANDO SAS	NIT	800229163	

59. Ubicación				
Dirección: CALLE 29 # 18-83	Teléfono fijo / Celular: 7833637	Correo electrónico: laborando@laborando.co	Departamento: CORDOBA	Municipio: MONTERIA

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación
2. Corrección de datos básicos de identificación
3. Actualización de documento de identificación
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS Código
6. Reporte de pago a través de un tercero Código
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Inscripción EPS retorno al país
12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
14. Movilidad A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidiado
15. Traslado: A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen
16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia
17. Reporte del trámite de protección al cesante
18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
19. Reporte de la calidad de Pensionado
20. Ingreso a Contribución Solidaria
21. Retiro de Contribución Solidaria

VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
MENDOZA	ABREU	JHONATAN	LOVIS

Tipo de documento de identificación		62. Sexo biológico: Femenino	Masculino	63. Sexo identificación: F	M	NB	Otro	Cual	Identificador de anverso
PPT	5119392		X		X				2 4 0 9 1 9 8 9

65. EPS Anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de Traslado Código	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	0 4 0 4 2 0 2 6		COMFAGUAJIRA

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de Servicios de Salud
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran
75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y los aportes en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sistema vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando da aval a un afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Jhonatan Lovis M	Mary luz Burgos N

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad:

Cantidad: CN TI RA CD Total:

RC CC CE SC

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declara la unión marital.
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declara el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

Vigilado Supersalud

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial:		93. Nombre de la Institución
Código del Municipio	Código del departamento	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del Funcionario	96. Fecha de Radicación: D D M M A A A A
			97. Fecha de Validación: D D M M A A A A

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

AVISO DE PRIVACIDAD

PROTEGER EPS, en desarrollo de la autorización prevista en el numeral 75 del formulario de afiliación , le informa que los datos personales suministrados a través del presente formato, mensaje y/o a través de cualquiera otra forma prevista en la ley para la afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud que administra esta entidad, serán tratados de manera confiable y segura con la finalidad principal de garantizar la prestación del servicio de salud de nuestros afiliados, usuarios y pacientes dentro del marco normativo dispuesto en Colombia para tal efecto, lo que incluye la solicitud de datos sensibles por mandato de la Resolución 1823 de 2024. En ejecución de esta finalidad principal PROTEGER EPS podría realizar los siguientes tratamientos sobre sus datos y con las finalidades que se exponen a continuación: A. Cruzar sus datos personales con otras recolectados en bases de datos que administran otras EPS, así como la SuperSalud y el Ministerio de salud, para obtener información de la afiliación única a la Seguridad Social y reportar estadísticas a las autoridades de control. B. Recibir sus peticiones, quejas y reclamos y gestionar todo lo que corresponda con ellas. Para ello el titular del dato autoriza ser contactado por cualquiera de los canales o datos de contacto suministrados a través de este formulario, así como a través de los canales a través de los que usted acceda a nuestros servicios. En este sentido le recordamos su obligación como afiliado a esta EPS de mantener actualizada su información personal conforme lo estipula la Resolución 229 de 2020. C. Remitir su información personal a las autoridades de control cuando así lo requieran en el marco de sus funciones legales y obtener estadísticas sobre enfermedades y patologías que ayuden a la mejor gestión del servicio de salud en Colombia para lo cual se podrán aplicar herramientas de análisis sobre dicha información. D. Desplegar acciones y programas de actualización de sus datos personales contactándole por distintos medios, incluyendo redes sociales o datos de su ubicación laboral, con el fin de cumplir con el principio de calidad sobre los datos. E. Realizar procesos de análisis a través de herramientas que permitan obtener información sobre los requerimientos de salud de nuestros usuarios y mejorar los procesos que permitan garantizar el servicio de salud a partir de la toma de decisiones basada en información real, actualizada y certera. F. Gestionar las autorizaciones solicitados, asignar las citas, efectuar procesos de referencia y contra referencia con los usuarios y pacientes que se remiten de otras EPS y dispensar los medicamentos que sean prescritos en el proceso de atención del dentro de los marcos legales vigentes. G. Realizar auditorías y revisiones periódicas sobre la constatación de la prestación de los servicios de salud. En estos casos usted podrá ser contactado por el personal correspondiente para hacer estas revisiones periódicas y/o auditorías y desde ya autoriza a PROTEGER EPS para acceder a su historia clínica. H. Desplegar las acciones pertinentes en el marco de la Medicina Laboral cuando se presenten accidentes de trabajo; determinar los pacientes que presenten enfermedades de alto costo con el fin de gestionar los riesgos frente a una atención integral de salud. I. Promover y mantener la salud pública a través de la gestión de vigilancia epidemiológica de conformidad con las instrucciones de las autoridades de control. J. Tratar datos de víctimas del conflicto armado provenientes de las bases de datos remitidas por el Ministerio de Salud con el fin de que esta EPS realice la intervención correspondiente de acuerdo con las patologías reportadas. K. Efectuar caracterización de los pacientes y de sus patologías para identificación de riesgos que puedan impedir la prestación del servicio de salud. L. Adoptar y las medidas de seguridad de carácter informático, lógico, físico y administrativo que sean necesarias para la debida confidencialidad, reserva y seguridad de la información personal que se encuentre bajo nuestra custodia. M. Establecer procesos de comunicación con usted y su grupo de beneficiarios a través de redes sociales, datos de contacto por usted suministrados y demás medios de comunicación a los que acuda esta EPS con el fin de atender sus requerimientos y necesidades, así como para promover programas de prevención en salud. N. Las demás acciones que se requieran desplegar por esta entidad con el fin primordial de garantizar la prestación del servicio de salud, como lo es la contratación de la red de prestadores de servicios de salud, la entrega de sus datos a terceros proveedores encargados de tratamientos puntuales al momento de la prestación del servicio de salud, proveedores que pueden tener sus sistemas de información ubicados dentro de Colombia o bien por fuera de ella, y que obrarán en todo caso bajo la vigilancia de esta EPS. Con el fin de que usted pueda conocer, actualizar, rectificar, modificar su información, o bien oponerse a un tratamiento específico de los antes enunciados y solicitar la exclusión de sus datos y/o revocar su consentimiento, siempre que no exista mandato legal o contractual que le obligue a soportar los tratamientos mencionados, se ha dispuesto de los siguientes canales: correo electrónico habeasdata@protegereps.com, Le invitamos a consultar nuestra Política de Privacidad en **www.protegereps.com**.

Vigilado Supersalud

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JONATHAN LOVIS ABREU MENDOZA** identificado/a con documento de identidad **Permiso Protección Temporal** número **5119392,** se encuentra afiliado/a desde **16/04/2026** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 22 de abril de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación: NIT
Número de documento: 800229163
Número Afiliación: 9016795
Razón social: LABORANDO S A S

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento: PERMISO PROTECCIÓN TEMPORAL
Número de Documento 5119392
Nombre: JONATHAN LOVIS ABREU MENDOZA
Fecha Ingreso: 12/04/2026
Salario básico: 1,750,905
Nit empresa en misión: 0
Código Sucursal: 1
Centro de trabajo: CTB 054
Tasa: 0.522
Fecha hora transacción: 11/04/2026 04:04:04 p. m.